FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1959 N°

THESE

233

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

HIET, Christian

Ancien Externe des Hopitaux de PARIS

Né le 26 Novembre 1930 à COURBEVOIE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 1959

CONTRIBUTION à l'ETUDE DES

MENINGIOMES MULTIPLES

PRESIDENT : Monsieur le Professeur PETIT DUTAILLIS

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1959 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D' ETAT)

P A R

HIET, CHRISTIAN

Ancien Externe des Hopitaux de PARIS

Né le 26 Novembre 1930 à COURBEVOIE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 1959

CONTRIBUTION à l' ETUDE DES

MENINGIOMES MULTIPLES

PRESIDENT : Monsieur le Professeur PETIT DUTAILLIS

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P.), DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.) MONOD (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), STROHL (A.), TANON (L.) VELTER (E.).

DOYEN . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . . . Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS :

		MM.
Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie pathologique		DELARUE (A.)
Anesthésiologie		BAUMANN (J.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique carcinologique		REDON (H.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	(Beaujon	SICARD (A.)
	)Cochin	QUENU (J.)
	(Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
	)Salpétrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurg. réparatrice et orthopédique		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART d'ALLAINES (F.)
Clinique de Chirurg.Infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale		LAMY (M.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	(Bichat	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	) Broussais	de GENNES (L.)
	(Cochin	MOREAU (R.)
	) Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérap.		DEBRAY (C.)

Clinique médicale propédeutique	PASTEUR	VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	(Baudeloque	LAÇOMME (M.)
	) Port-Royal	VARANGOT (J.)
	(Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique de pédiatrie sociale		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E.)
Clinique psychiâtrique infantile		MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)		DJOURNO (A.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		SOULIÈ (P.)
Histologie		VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance		TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail		DESOILLE (H.)
Parasitologie		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.)
Pathologie médicale		DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J.)
Pharmacologie et matière médicale		CHEYMOL (J.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		DOGNON (A.)
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale		PATEL (J.)
Thérapeutique		BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES.

	MM.
Anatomie	(DELMAS (A.)pr.s.ch.
	) CABROL (C.)
	(DEBEYRE (J.)
	) OLIVIER (G.)

	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.)
	) p.s.ch.
Anatomie pathologique.	MM. (BUSSER (F.)
	)GOUYOU (Ch.)
Anesthésiologie	N... N...
	(HAUDUROY (P.)
	) pr.s.ch. (dét.)
	(NEVOT (A.) pr.s.ch.
Bactériologie	) CHRISTOL (D.)
	(TOURNIER (P.)
	) BARBIER (P.)
	(ETTORI (J.)pr.s.ch. (dét.)
Biochimie médicale	)DESGREZ (P.) pr.s.ch.
	(POLONOVSKI (J.)
	)SCHAPIRA (G.)
Biologie médicale	BOURLIERE F.
Carcinologie	N... N...
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (H.)
Electro-Radiologie	N...
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie	N... N...
	(COUJARD (R.) pr.s.ch.
Histologie	) N...
	(N...
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	(BOYER (J.) pr.s.ch.
	) DEPARIS (M.) pr.s.ch.
Maladies Infectieuses	BASTIN (R.)
	(DEROBERT L. pr.s.ch.
Médecine légale	) GAULTIER (M.)
	(HADENGUE (A.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
	(GRASSET (J.)
	) LE LORIER (G.)
	(LEPAGE (F.)
Obstétrique	) MERGER (R.)
	(MORIN (P.)
	) RAVINA (J.)
	(ROBEY (M.)
Ophtalmologie	(BREGEAT (P.)
	) DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-Rhino- Laryngologie	(AUBRY (M.)
	) MADURO (R.)
Parasitologie	(BRUMPT (L.C.)pr.s.ch.
	) CHABAUD (A.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDIER (J.)pr.s.ch.(dé ABOULKER (P.) BARCAT (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILIEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.M.) N... N...
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) MAURICE (P.)
Pathologie médicale	HAGUENAU (J.)pr.s.ch. BOUDIN (G.) BOUVIER (J.B.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MACREZ (Cl.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) RAMBERT (P.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N... N...
Pédiatrie	JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)pr.s.ch. N...
Physiologie	BARJETON (D.)p.s.ch. PARROT (J.)pr.s.ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) N...
Pneumo-Phtsiologie	KREIS (B.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	N...
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	(CERNEA (P.)) CHAPUT (Mme.A.)
Thérapeutique	(CHASSAGNE (P.))PERRAULT (M.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	(AMELINE (A.)) HUGUIER (J.) (LEGER (L.)) PADOVANI (P.) (ROUX (M.)
Clinique médicale	(DREYFUS (Gilbert)) KOURILSKY (R.)
Clinique neurologique	de SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

============

Secrétaire Général de la Faculté	M.MOREL (J.)
Secrétaire	Melle CHAINTREUIL (G.)

============

Conservateur,chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)
Bibliothécaires	(Mme. CONTET (J.), Melles LAURENT (H.) (LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

============

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545908_0051

Qu'il me soit permis, en cette page, de remercier tout particulièrement Monsieur le Professeur D.PETIT-DUTAILLIS d'avoir bien voulu me confier cette étude, et qu'il veuille bien y trouver le témoignage de ma reconnaissance pour l'enseignement exceptionnel dont j'ai bénéficié pendant trois ans dans son service.

A mes parents,

A mes grands parents,

A ma femme

A ma soeur,

A mon frère,

Je tiens à remercier tout particulièrement

les Docteurs LE BERNERAIS

BERDET

MESSIOM

de l'aide bienveillante et éclairée qu'ils m'ont apportée dans l'étude difficile de ce sujet.

A MES MAITRES, MM. les Professeurs :

Professeur Agrégé Henri MONDOR,

Professeur Agrégé PASTEUR VALLERY RADOT,

Professeur Agrégé Jean LENEGRE,

Professeur Agrégé PADOVANI,

Professeur Agrégé R.MONOD,

Professeur Agrégé E. BERNARD,

Professeur Agrégé J. RAVINA,

Professeur Agrégé BOLGART,

Professeur Agrégé ALAJOUANINE,

Professeur Agrégé Julien MARIE

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

Monsieur le Professeur de GAUDARD d'ALLAINES

Monsieur le Professeur PETIT-DUTAILLIS

INTRODUCTION

I N T R O D U C T I O N

- Le Méningiome est ordinairement une tumeur cérébrale unique.

- Tumeur bénigne, extirpable chirurgicalement, ce qui fait le bon pronostic de cette tumeur, dont le traitement reste une des plus belles acquisitions de la Neuro-chirurgie moderne.

- Certes, cet optimisme est souvent tempéré par la possibilité :

1.- de Méningiomes multiples, dont les cas autrefois rarissimes sont maintenant assez nombreux pour justifier ce travail qui s'efforce de montrer les différents aspects Anatomo-cliniques des Méningiomes multiples.

2.- de Récidives, et, malgré les techniques actuelles d'exérèse complète de ces tumeurs, on observe souvent des récidives qui ne siègent pas toujours au niveau de la tumeur initiale ; récidives qui sont parfois multiples, comme si la première intervention avait réalisé un véritable essaimage de la tumeur méningée.

- Notre étude se base sur 79 cas.

- Nous nous sommes heurtés au cours de ce travail à de nombreuses difficultés : car, bien souvent, les observations cliniques étaient très succintes de même que les descriptions anatomiques.

- Dans d'autres cas, l'acte chirurgical n'a découvert qu'une partie des lésions, et les investigations complémentaires ne peuvent pas affirmer le siège, la nature et le nombre des autres localisations tumorales.

- Enfin, il nous a fallu séparer d'emblée les Méningiomes découverts à l'occasion de récidives, mais ces récidives ne sont-elles pas dans de nombreux cas, l'expression de Méningiomes multiples passés méconnus.

HISTORIQUE

H I S T O R I Q U E

- Le premier cas aurait été classiquement décrit par Von ANFIMOW en 1889, où il rapporte le cas de quatre tumeurs de grande taille et plusieurs plus petites, présentant les caractères histologiques des méningiomes, il n'existait pas de signe de maladie de Recklinghausen.

- Cependant, SCHOLL avait décrit en 1877 un cas assez curieux de deux méningiomes siégeant au niveau des canaux optiques.

- Depuis, on relève de nombreuses observations.

- en 1902, celles de SCHMIDT : d'un homme de 77 ans, où l'on découvrit à l'autopsie deux tumeurs de l'hémisphère droit, et d'un homme de 88 ans, où l'autopsie mit en évidence deux tumeurs de la base.

- en 1903, BRISSAUD et LEREBOULLET rapportent le cas d'un malade présentant des tumeurs disséminées du type psammome

- RUDOLF et MACKENSIE en 1904 citent le cas d'une femme qui présentait deux grosses et une petite tumeur de l'hémisphère gauche, et en 1909, celui d'une femme de 46 ans à qui l'on découvrit 2 grosses et de nombreuses petites tumeurs de la partie postérieure de l'hémisphère gauche.

- en 1910, HENSCHEN rapporte un cas d'autopsie qui révéla des méningiomes multiples.

- Citons encore le cas de HEUER et DANDY en 1916, celui de GREENFIELD en 1919, de KRIVY en 1926, les trois cas de CASPERS en 1927, ceux de SAVY 1927, de FLICK 1928, de COURVILLE 1928, enfin celui de DE MARTEL et GUILLAUME en 1930.

- Cette même année, HOSOÏ fait une étude complète sur les méningiomes en insistant particulièrement sur les formes intra-craniennes multiples.

- Nous relevons ensuite les cas d' ELSBERG en 1931 - d'ALPERS en 1932 - de WILLIAM en 1932, enfin de FRAPIER-ALPERS qui, sur 75 méningiomes, rapporte une seule observation de méningiome multiple en 1933.

- en 1934, les cas publiés de RAAF-CRAIG et d' OLIVECRONA

- celui de WOLTMAN et LOWE en 1935

- PETIT-DUTAILLIS et ECTORS citent en 1936 le cas d'une femme de 28 ans, opérée tout d'abord d'une tumeur de l'opercule rolandique, à qui l'on découvrit quatre ans après une nouvelle tumeur parasagittale.

- En 1936 également, parut l'observation de PUUSEPP, en 1937 celles de PACIFICO, d' HORRAX enfin en 1938 celles de ERRICO et les quatre observations de CUSHING et EISENHARD

- FRAM-VERSTERGAAD fit en 1944 un travail d'ensemble sur la question des méningiomes multiples et rapporte personnellement cinq cas.

- Depuis lors, de nombreuses observations plus riches, grâce aux moyens d'investigations modernes, sont retrouvées, celles d'ECTORS en 1949, de CARILLO-MATERA en 1946, de PICAZA et BAKER en 1948, de GARCIN et GUILLAUME en 1949, de RASKIN en 1950. Citons encore en 1954 celles de BARDECI - CHRISTENSEN ,HAFSTRÖM et LUNDBERG ; en 1955 NITTNER et SCHIEFFER DAVIDOFF et MARTIN TATTER et IVES TALLARICO en 1957, de PARKINSON - ROSS et TAMASICHUK de YASARGIL

- Nous n'avons pu, sous peine d'alourdir encore cette énumération, rapporter les éléments des cas cités, ceux-ci sont résumés dans les tableaux synoptiques qui suivent.

- Il semble que dans ces nombreux cas de méningiomes multiples publiés, on trouve des tableaux anatomo-cliniques très différents, et il importe de définir un peu le sujet.

- CUSHING limite les cas de méningiomes multiples à ceux des gros méningiomes sans connexions anatomiques et en petit nombre, sans maladie de Recklinghausen associée.

- Pour notre part, nous centrerons notre étude sur

- les Méningiomes multiples, tels que les définit Cushing ;

- les Récidives ,

. soit uniques, qui peuvent être considérées comme le développement d'un nouveau méningiome, alors que l'exérèse avait été complète, nouveau méningiome siégeant à un siège différent du siège initial ,

. soit multiples.

- l'étude de ces récidives ne semble pas avoir été faite à notre connaissance.

- Enfin, pour envisager tout le problème, nous traiterons aussi plus rapidement les méningiomatoses nodulaires, nombreux méningiomes disséminés sur l'ensemble des méninges, les méningiomatoses diffuses, transformation massive de la méninge en tumeur, enfin les méningiomes associés à d'autres tumeurs, qu'elles fassent partie ou non de la maladie de Recklinghausen.

FREQUENCE

- Il est très difficile de se faire une opinion exacte de la fréquence de ces méningiomes multiples.

- pour FRAZIER ALPERS	1/75
- pour PUUSEPP	1/16
- pour HORRAX	4/60
- pour LAPRESLE	4/121.

- Actuellement, dans le service de Neuro-chirurgie de la Pitié, sur 684 cas de Méningiomes, nous avons retrouvé 16 cas qui se répartissent ainsi :

- Méningiomes doubles du canal optique	: 1 cas
- Méningiomes multiples hémisphériques	: 1 cas
- Méningiomes multiples Fosse post.et Hémisphère	: 2 cas
- Méningiomes multiples médullaires	: 1 cas
- Méningiomatose nodulaire	: 4 cas
- Récidives multiples	: 7 cas

en pourcentage : 2,3 %

- Les notions sont celles des méningiomes en général, quant à l'âge moyen qui se situe autour de 45,5 ans, au sexe , fréquence beaucoup plus grande de ces tumeurs chez la femme.

- Une réserve néanmoins pour les méningiomatoses diffuses , qui surviennent le plus souvent chez le sujet très jeune.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THEORIES GENERALES DU MENINGIOME

- Le type cellulaire à l'origine du Méningiome a soulevé de multiples controverses que marquent les nombreuses classifications

  - de sarcome dural de Virchow
  - cancer épithélial de Bennet
  - cancer de l'arachnoîde de Rokitanski
  - Endothéliome de Colgi
  - Fibroblastome arachnoîdien de Mallory
  - Fibroblastome méningé de Penfield
  - Neuroépithéliome de Roussy et Cornil.

- Harvey et Burr montrent alors que les éléments neuroectodermiques de la crête neurale sont nécessaires pour la formation des méninges.

- Théorie qui reçoit une sorte de confirmation clinique dans l'association des méningiomes avec une neurofibromatose centrale et quelquefois de tumeurs gliales.

- Enfin, Bailey peut-il émettre l'idée que ces trois types tumoraux ont une origine commune dans un tissu épithélial d'origine blastodermique.

- Les recherches de Vogt ont encore éclairci la question, et Masson peut dire que ce n'est pas l'origine blastodermique des cellules qui les caractérise, mais leur différenciation histologique.

- Les opinions de Hallenstein-Sterzy et Celderen sur l'origine des méninges apportent une solution à l'explication des méningiomes multiples et des méningiomatoses diffuses, et Globus pense que les méninges peuvent garder chez l'adulte une structure embryonnaire et que la présence de tels feuillets à des stades de différenciation incomplète pourrait être

à l'origine d'une formation tumorale ultérieure.

- Aussi, si nous voyons la question dans son ensemble, il semblerait qu'il puisse exister des zones immatures méningées, et que celles-ci, potentiel tumoral en puissance, pourraient proliférer sous l'action d'un facteur trophique indéterminé, et l'on comprend alors qu'il puisse exister des méningiomes isolés, des méningiomes multiples, une méningiomatose nodulaire ou diffuse suivant l'aire, l'unicité ou la pluralité et la topographie de ces zones.

FORMES MACROSCOPIQUES

I.- FORMES PAUCI - TUMORALES (suivant Cushing)

- On observe très souvent 2 méningiomes côte à côte, distincts l'un de l'autre, et de volume égal, ou bien un gros méningiome et un petit méningiome " satellite ". Il nous est apparu qu'il s'agit là d'un aspect très fréquent du méningiome multiple. C'est cet aspect qui fait discuter le problème de la récidive unique après l'extirpation complète d'un méningiome.

- Dans d'autres cas, il existe plusieurs méningiomes : trois ou quatre, situés dans une même région méningée, par exemple : dans la fosse antérieure, le long de la faux, dans la fosse postérieure, au niveau de la base.

- Enfin, dans la troisième éventualité, ils sont sans systématisation, par exemple : méningiome bilatéral, frontal + occipital ...

II.- LES MENINGIOMATOSES NODULAIRES

- se présentent souvent sous la forme de quelques gros méningiomes avec de tout petits méningiomes qui peuvent avoir la taille d'un grain de mil

- aspect qui peut être régional ou disséminé.

III.- LA MENINGIOMATOSE DIFFUSE

- se présente comme un épaississement uniforme de la méninge sans qu'il soit possible d'individualiser un centre germinatif et avec Weinberger , nous adoptons la classification en trois types :
1.- leptoméningé diffus, le plus fréquent - 2.- arachnoïdien diffus - et 3.- type pial diffus.

IV.- LES RECIDIVES

- Nos récidives se présentent sous 2 aspects :

1.- un nouveau méningiome à côté du premier

2.- la récidive multinodulaire, semis de méningiomes, disséminés au contact de l'ancienne loge tumorale. Nous avons observé cette forme le long de la faux.

FORMES MICROSCOPIQUES

Il existe de nombreuses classifications, nous avons gardé celle de GLOBUS que nous rappelons brièvement :

1.- Méningiome indifférencié, qui reproduit la structure mésenchymateuse des méninges embryonnaires

2.- Méningiome omniforme , stade évolutif plus avancé où les éléments prédominants sont toujours indifférenciés, mais où l'on trouve aussi plusieurs productions conjonctives : tissus fibreux néocapillaires sinusoïdes nodules osseux ou cartilagineux.

3.- Le Pachyméningiome ou fibroblastome dural s'insère nettement sur la dure-mère, la prédominance des fibres collagènes et leur calcification fréquente lui donnent une consistance particulièrement dure, type rarement à l'état pur.

4.- Le Leptoméningiome ou méningiome arachnoïde, type le plus fréquent caractérisé par des formations lobulées en bulbe d'oignons centrés parfois par un minuscule vaisseau.

- formations confluentes et souvent incrustées de sels calcaires (calcosphérites)

- à la coupe, ces tumeurs présentent un aspect spongieux dû à la présence de nombreux microkystes.

5.- Le Méningiome pial , se compose presque essentiellement de formations piales : capillaires, sinusoïdes, cellules spumeuses.

- Ces tumeurs peuvent être divisées en plusieurs sous-groupes suivant leur degré de maturité , hemangio-endothéliomateux, hémangiomateux, psammomateux.

- Tous les types décrits peuvent présenter une certaine proportion de monstruosités nucléaires et même de mitoses assez fréquentes. Globus les considérait comme une transformation sarcomateuse, cette opinion ne semble pas admise actuellement (Bertrand).

MENINGIOMES

MULTIPLES

MENINGIOMES MULTIPLES

- Comme nous l'avons déjà précisé, nous étudierons ici les Méningiomes multiples suivant la définition de Cushing, qu'ils soient craniens ou rachidiens.

- Nous avons groupé sous forme de tableaux les différents cas, soit :

  - 5 cas personnels
  - 37 cas de la littérature.

- Nous avons du éliminer tous les cas de Méningiomes associés à une maladie de Recklinghausen et les découvertes faites plusieurs mois ou plusieurs années après une première intervention pour Méningiome, problème que nous envisagerons au chapitre des récidives.

- Dans nos tableaux, nous ne faisons état que de 28 cas

- les cas de	Schmidt	1902	1 cas
	Henschen	1910	1 cas
	List	1933	1 cas
	Harbitz	1935	2 cas
	Bareoci-Christensen		1 cas
	Lapresle		3 cas

- soit 19 cas, où soit que les documents aient été incomplets, soit que nous n'avons pu consulter les documents originaux.

L'étude de ces 28 cas nous a fait diviser ces méningiomes en

1.- Méningiomes de la convexité où il faut faire une place à part aux méningiomes du canal optique

2.- les Méningiomes de la fosse postérieure
3.- les Méningiomes rachidiens
4.- les Méningiomes mixtes cranio-rachidiens.

I.- *Les Meningiomes hémisphèriques*

- 1 observation personnelle
- 16 cas de la littérature.

- Dans notre observation, il s'agit d'un méningiome frontal volumineux accompagné d'un méningiome plus petit satellite.

- On conçoit que cliniquement, le petit méningiome satellite n'ait pas eu de traduction clinique.

- Ce cas est à rapprocher de l'observation de William 1932, de deux observations de Vertergaad en 1944, de celui d'Ectors en 1949.

- Cette forme de Méningiome multiple sera à rapprocher des récidives qui n'occupent pas le siège du premier méningiome, et, chirurgicalement, il est logique de rechercher l'existence de ce petit méningiome satellite à côté d'un gros méningiome.

- Parmi les autres cas de la littérature, nous remarquons le plus souvent que ces méningiomes multiples hémisphériques sont formés de 2 ou plusieurs méningiomes côte à côte et cliniquement, ils donnent la même symptomatologie qu'un gros méningiome unique de la région.

Leur découverte n'est, le plus souvent, qu'une curiosité d'autopsie. Courville 1928, OLIVECRONA 1934, Pacifico 1937, Ho[illegible]ex 1937, ou opératoire comme le cas de Luyendijk 1954.

- Dans la 3 ème éventualité, il existe un ou plusieurs gros méningiomes côte à côte qui donnent le tableau clinique et un autre petit méningiome muet cliniquement et radiologiquement, cas de Rudolf - Mackensie 1904 de Raaf Craig 1934.

Les cas où les méningiomes multiples peuvent être évoqués par leur symptomatologie clinique ou radiologique semblent exceptionnels. Par exemple, le cas de Frapier-Alpers où la clinique a dirigé l'intervention sur un petit méningiome de la région motrice alors que l'autopsie révéla un gros méningiome occipital.

- Actuellement, il est certain que les moyens d'investigation auraient pu orienter vers cette tumeur occipitale.

- Certaines observations anciennes manquent des examens complémentaires modernes, tel le cas d'Ectors 1949 où les 2 tumeurs semblent bien séparées - le cas de Parkinson Ross où le diagnostic est évoqué grâce aux examens complémentaires, enfin le cas P'''sepp où les tumeurs étaient visibles également sur les radios.

+ -

+ +

- En conclusion , les méningiomes multiples hémisphériques semblent représenter (puisque nous en avons 37 cas) l'énorme majorité des méningiomes multiples.

- Et il est certain que les signes cliniques indirects de tumeur sont incapables de faire même suspecter le méningiome multiple , c'est grâce au signe direct qu'apportent les examens complémentaires que ce diagnostic peut être évoqué - et celà n'est possible que dans les cas où les méningiomes sont, soit suffisamment gros, soit suffisamment distants les uns des autres pour donner des signes directs de tumeurs dicernables par les examens complémentaires.

- (un gros méningiome plurilobulé donne les mêmes signes directs que plusieurs méningiomes côte à côte).

- l'examen direct du crâne aurait peut-être de la valeur.

- les radiographies standards dans le cas d'érosions multiples, seraient insuffisantes pour emporter la conviction, mais par contre, le diagnostic est bien souvent évident en cas de calcifications tumorales multiples.

- la ventriculographie et beaucoup plus l'artériographie en montrant l'injection des différentes tumeurs semblent être actuellement les méthodes de choix en attendant que la pratique du gammaencéphalogramme nous permette de considérer cet examen comme autre chose qu'un examen expérimental.

O B S E R V A T I O N

PARKINSON - ROSS - TANASICHUK - 1957

- homme de 33 ans

- qui accuse des céphalées violentes, un tremblement des mains, et des difficultés d'élocution.

- peu après, les céphalées s'exagèrent, aggravées par les mouvements rapides.

- le diagnostic de tumeur cérébrale est porté 3 mois après.

- L'EXAMEN révèle des réflexes vifs à droite et un oedème papillaire aigu bilatéral.

- la RADIOGRAPHIE objective une petite calcification près de la ligne médiane à gauche près du vertex.

- l'E.E.G. est considéré comme normal.

- une ARTERIOGRAPHIE carotidienne gauche révéla un déplacement minime des vaisseaux près de la calcification ponctiforme dans la région parasagittale.

- et un déplacement à grande courbe de gauche à droite de la cérébrale antérieure faisant penser à une autre masse bas située dans la fosse antérieure.

- à l'INTERVENTION :

  - un méningiome parasagittal près du vertex dans la région pariétale postérieure.
  - une hernie cérébrale lors de l'ablation
  - la craniotomie frontale montre alors un méningiome profond à gauche sur le corps du sphénoïde.

- SUITES :

  - monoplégie brachiale droite mais langage intact
  - récupération brachiale 6 jours après.

OBS. I

Mlle Fe 65 ans, non mariée, sans antécédents héréditaires ou personnels.

- Août 1929. Elle fait, sans vertige, en se promenant dans la rue, une chute dont elle ne peut expliquer la cause apparente. Elle se relève par ses propres moyens et ne présente aucune paralysie, mais à partir de ce moment, elle présente deux chutes analogues à la première.

- 6 Octobre 1929. On examine la malade qui ne présente aucun signe paralytique ou cérébelleux , reflexes normaux, sensibilité normale, elle présente de gros troubles de la parole. La parole répétée des mots simples est normale, mais les mots de cinq syllabes et plus sont répétés de manière défectueuse. Elle reconnait les objets et en donne le nom exact, mais elle ne reconnait pas le nom des objets.

Elle n'exécute ni les ordres simples ni les ordres complexes. La malade lit extrêmement lentement en dissociant les mots en syllabes mais est incapable de comprendre ce qu'elle lit. L'écriture dictée est totalement impossible, l'écriture copiée extrêmement maladroite.

La mémoire est légèrement atteinte, surtout pour les faits anciens, il s'agit d'une aphasie sensorielle teintée légèrement d'aphasie motrice.

- le 27 Octobre 1929. Nouvelle crise semblable à la première. A partir de cette date, la malade présente une hémiparésie droite, caractérisée par un VII D. de type central, une maladresse des membres droits qui sont hypotoniques et ont des réflexes O.T. vifs.

Le reflexe plantaire est indifférent.

- en Novembre, la paralysie droite devient progressivement complète, en même temps que les troubles de la parole s'accentuent.

Le malade ne prononce plus que des monosyllabes sans signification.

Elle entre dans un état de confusion complète et meurt le 26 Novembre 1929.

AUTOPSIE.

Deux tumeurs gauches encapsulées adhérentes à la dureèmère, la première arrondie de 5 cm de diamètre pèse 50 g. sa surface est granitée elle est adhérente sur 3 cm2 à la D.M.

Elle est située dans la région moyenne ; irriguée par la méningée moyenne et refoule devant elle la corticalité FRONTO-INSULAIRE D. (?).

La deuxième tumeur plus allongée, mesure 4 cm. sur 3 cm. Elle pèse 40 g. sa surface est plus mamelonnée. Elle est adhérente à la dure-mère sur environ 3 cm. Elle refoule devant elle le PLI-COURBE et le LOBE-OCCIPITAL à droite.

HISTOLOGIQUEMENT , les deux tumeurs sont analogues, homogènes formées de cellules allongées fibroblastiques, ayant subi à de nombreux endroits des dégénérescences calcaires différenciant ainsi des calcosphérites. Les vaisseaux peu nombreux sont entourés de cellules néoplasiques disposées concentriquement : il s'agit de MENINGIOMES-TYPES.

Tableau 1

MENINGIOMES MULTIPLES

HEMISPHERIQUES

RÉFÉRENCES Sexe-Age	PREMIERS SYMPTOMES	EXAMENS CLINIQUES et PARACLINIQUES	EXAMENS COMPLE-MENTAIRES	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHO-LOGIQUE
LA PITIE 1937 FEN... A. F. 53	Céphalées depuis 6 ans Troubles de la vue depuis 3 3 ans	Trouble du caractère depuis 1 an et portant sur la mémoire, apathie, Asthénie. 1937.- Grosse baisse de vue à D.=0 à G. baisse importante troubles osmiques depuis 6 mois. Hiposmie bilatérale troubles psychiques type "nervia" D.C.D.	R° région	Obésité Pilosité abondante	Interv. Méningiome frontal gauche et petit men. satellite.	Méningome lamellaire
SCHMIDT 1902 H - 77		Autopsie			Deux tumeurs sur l' hémisphère droit	Méningiome
RUDOLF et MACKENSIE 1904 F-age moy.		Céphalée Autopsie			Deux grosses et une petite tumeur de l'hémisphère gauche	
COURVILLE 1928 F - 51		Hémiparésie Gauche Crises B.Jacksoniennes Autopsie			Cinq tumeurs isolées sur l'hémisphère gauche et dans la fosse temporal gauche	Méningiome
WILLIAM 1932 cite Cushing		Autopsie			Une tumeur de la taille d'un oeuf de poule dans la gouttière olfactive Une petite parasagittale	Méningiome
FRAZIER ALPERS 1933 F - 40	Céphalées	Troubles visuels - diplopie - amnésie hémiparésie droite stase papillaire			1.-Intervention petite tumeur de la région motr. 2.- Autopsie gros méningiome occipital droit.	Méningiome fibro-bastique
PUUSEPP 1936			visible sur les radios		Deux tumeurs à gauche une à droite	Méningiomes
PACIFICO 1937 F - 54		Autopsie (décès par pneumonie)			2 tumeurs parasagittales	Fibro-blastomes
HORRAX		Autopsie			Un méningome olfactif Un méningome suprasellaire plus petit et un plus gros au pôle temp.	Méningiomes
OLIVECRONA 1934 F - 60		Hémiplégie gauche - troubles psychiques stase papillaire	.		Méningiome parasagittal (mandarine) à l'autopsie autre méningiome parasagittale	Méningiomes
VESTERGAAD 1944 F - 35	baisse de la vue Céphalée	Cécité droite, céphalée frontale - absence d' auras gustatives Hémiparésie gauche 3 ans après, signe de récidive	hyperestose de la petite aile droite 3 ans		Méningome de la petite aile (mandarine) Men.parasagittal(noisette) 2cm en arrière 3 ans après récidive du meningiome	Méningiomes fibro blastiques
VESTERGAAD 1944 F - 35	Paresthésie du M.S.droit depuis 22 ans	Cephamée - bourdonnements d'oreille à gauche. Paresthésie des 2 jambes	R° hyperestose diffuse V° image de tumeur temporal droite		Méningiome temporal droit (mendarine) Méningomes de la convexité (pois).	Méningiome endothélial

LES MENINGIOMES DOUBLES DU CANAL OPTIQUE

Dans une étude sur les méningiomes multiples, on doit parler des méningiomes des trous optiques, car, pour une raison encore méconnue, très souvent le méningiome du canal optique est double.

- ce sont des méningiomes à développement très lent, qui sont de petit volume, s'extériorisant au dessus du nerf optique et pénétrant plus ou moins profondément dans le canal.

- le premier cas, a été découvert par SCHOTT en 1877 lors de l'autopsie d'un cirrhotique aveugle.

- Dandy en 1922 en rapporte un autre cas. Winchell - Craig - Co gola rapportent deux autre cas.

- Pour notre part, nous avons une observation

- La symptomatologie de ces lésions se résume à une cécité progressive à début en général monoculaire, accompagnée ou non de céphalée.

- Dans notre cas, il existait un oedème palpébral au F.O. une atrophie optique.

- C'est l'examen du champ visuel montrant des altérations atypiques qui doit y faire penser.

- la radiographie montrait un élargissement du canal optique.

- le diagnostic différentiel était l'atrophie optique primitive.

Tableau 2

MENINGIOMES DOUBLES DU CANAL OPTIQUE

REFERENCE Sexe-Age	PREMIERS SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE et PARACLINIQUE	EXAMENS COMPLE-MENTAIRES	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHO-logique	NOTES
LA PITIE 1934 DOT... L. F - 28	1934 Vision nulle	Oedème palperaln droit. Vue = 0 Suites:Regression de l'oedème Vue : inchangée	R° Elar-gissement du canal optique droit.		Méningiomes double de la gaine des nerfs optiques Dr. et G.	Méning. avec coléo spherites	
SCHOTT 1877	Cécité complète	Autopsie Décés par cirrhose					
DANDY 1922 - 13	Cécité pro-gressive commençant par un oeil				Intervention Méningome double du canal optique	Mening.	n'a pas ré-cupéré du coté de l' atrophie. De l'autre coté : ré-cupération
WINCHELL 1950							
WINCHELL 1950							

Tableau 3

MENINGIOMES MULTIPLES DE LA FOSSE POSTERIEURE

3

REFERENCES Sexe-Age	PREMIERS SYMPTOMES	EXAMENS CLINIQUES et PARACLINIQUES	EXAMENS COMPLE-MENTAIRES	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHO-LOGIQUE	NOTES
SAVY 1927 F - 39	céphalées depuis un mois				deux tumeurs de la taille d'une noix dans les hémisphères cerébelleux	Méningo blastome	

ASSOCIATION MENINGIOMES HEMISPHERIQUES, MENINGIOMES DE LA FOSSE POSTERIEURE.

5 CAS dont 2 PERSONNELS

- Dans le premier cas, ce fut une découverte d'autopsie, chez une traumatisée qui n'avait pas été examinée avant son accident.

- sur les cas de Krivy 1927, Greenfield 1919, nous n'avons que des renseignements très succints.

- Mais, par contre, notre 2 è cas et celui de Carillo-Matera 1946 sont très superposables.

- Dans les deux cas, les symptômes cliniques avaient orienté vers une tumeur de l'angle pareto cérébelleux, bourdonnements d'oreille, parésie du V gauche chez la malade de Carillo, surdité droite, inexcitabilité labyrinthique droite chez notre malade.

- Dans les deux cas, l'hyposmie aurait pu faire penser à une localisation hémisphérique antérieure et ce n'est qu'à l'autopsie que celle-ci fut découverte.

- la clinique prend ici une importance considérable car, elle a objectivé dans le tableau d'une tumeur de la fosse postérieure un élément discordant qui justifiait la poursuite des investigations.

Tableau 4

ASSOCIATIONS MENINGIOMES

HEMISPHERIQUES

MENINGIOMES

FOSSE POSTERIEURE

REFERENCE Sexe Age	PREMIERS SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE et PARACLINIQUE	EXAMENS COMPLEMENT.	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHO - LOGIQUE
LA PITIE 1949 LAI ... B F - 73	Marche dif - ficile de - puis 5 mois Chute il y a 4 mois Vertiges	Depuis sa chute, - hémiplégie droite, - obnubilation progres- sive - oedème papillaire bilatéral - contractures tremblements Suites de sa chute : décédée			1 trou temporal pour possibilité d'hématome Décédée Autopsie - tumeur p° cérébelleu- se droite - Méningiome suroper - culaire droit	
LA PITIE 1944 DUC ...M H. 54	1943 Enucléation de l'oeil droit pour tumeur de la cho- roïde	Depuis 1939, céphalée bifrontale 1944 : rétrécissement du champ visuel déficit brachial dr. - hyposmie droite - surdité droite - grosse stase papil. - VIII inexcitabilité labyrinthique droite Décédé	V° dilata- tion ventricu - laire .	adénomes sébacés du front, du thorax et de la ré - gion cer - vicale pos- térieure angiome de la lèvre supérieure verrues du dos	Intervention : Méningiome du conduit auditif interne Autopsie : Méningiome du juguum	
GREBFIELD 1919		Céphalées			3 tumeurs de la base et des hémisphères cérébelleux	Ménin giomes
H - 31 KRIVY 1926 F - âgée		Autopsie			1.- Tumeur de la tail le d'une mandarine dans l'angle ponto- cérébelleux 2.- t. de la taille d'une noisette dans les hémisphères cérébraux 3.- une sur le sinus transv.	Fibro- endo - théliomes
CARILLO MATERA 1946 F - 40	Vertigos Pulsions G Céphalées frontales	Bourdonnements d'oreille gauche et hyperacousie G.puis D. Diplopie - Hyposmie bilatérale plus nette à gauche Oedème papillaire ID VG - Babinski droit Romberg : chute à G. Dg : T. de la fosse postérieure. Pas d'in- tervention 4 mois après : signes accentués. Marche titu- bante.	Hydrocéphalie bilatérale IV° V dépla- cé vers la droite	Pas	Méningiome pontin gauche - avec extension parapedonculaire et bullaire et vers la base. - Autopsie autre tumeur fronto-pariétale de 5 cm x 3 cm	Exothelio- me lamel - laire

MENINGIOMES MULTIPLES MEDULLAIRES

- Dans notre cas, un méningiome dorsal qui entrainait toute la symptomatologie était associé à un petit méningiome " satellite ", qui faillit passer inaperçu.

- Dans les deux autres cas, les 2 ou 3 méningiomes étaient très rapprochés et découverts lors de l'intervention, mais il est certain que l'association d'une myélographie par voie basse et par voie sous-occipitale mettrait à l'abri d'une méconnaissance de telles lésions.

Tableau 5

MENINGIOMES MULTIPLES MEDULLAIRES

REFERENCES Sexe - Age	PREMIERS SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE et PARACLINIQUE	EXAMENS COMPLE-MENTAIRES	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHO-LOGIQUE
LA PITIE H. Cl. 1959 F - 59	Difficulté à la marche. Faiblesse des membres sup. douleur de la nuque depuis un an	Paraplegie complète avec reflexes vifs Babinski bilatéral. Abolition sensibilité refus à tous les modes niveau D_6 D_7. Suites : récupération motrice. Leger déficit de la sensibilité aurale à droite.	P.L. Dissociation albumino-cytol. lipiodol arrêt franc en DS		Intervention Méningome dural + satellites niveau de DS	
RAND 1952 F - 34	1951 paresthésie faiblesse des membres inf. depuis un an douleur sous l'omoplate D. sans irradiat. quelques troubles urinaires	Anesthésie complète au dessous de D_7.(douleur chaleur, sensibilité profonde). Sens des positions diminué au dessous de D_7. paresie avec contractures O.T. vifs, clonus de la rotule et du pied. Babinski bilatéral Aggravation après la première intervention. Récupération après la seconde	R°: Normale P.L.: blocage complet. Myelogram. blocage au niveau de D.S.	Pas de signe de Reckling.	Intervention Tumeur au niveau de DS refoulant la moelle en arrière et à G. (2,5x1,5 Autre tumeur au niveau de D_3. (2,5x1,3) 2e Intervention Oedème medullaire	Psammones typiques
NITTNER SCHIEFFER 1955			pas de Reckling.		Trois méningiomes du canal spinal se présentant comme tumeurs isolées	

MENINGIOMES CRANIENS ET MEDULLAIRES

- Nous n'avons que deux observations de cette association , dont l'une est très brève.

- Dans le cas de Vertergaad , certes la clinique aurait pu faire suspecter une lésion médullaire qui ne fut découverte qu'à l'autopsie.

Tableau 6

ASSOCIATIONS MENINGIOMES CRANIENS ET RACHIDIENS

REFERENCES Sexe-Age	PREMIERS SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE et PARACLINIQUE	EXAMENS COMPLE-MENTAIRES	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHO-LOGIQUE	NOTES
PIRERRO et PITTOTI 1933 H - 31					Un méningiome cérébral 3 méningiomes spinaux		Cérébral + Spinal
VESTERGAAD 1944 M - 16	VII gauche central Crises convulsives Absence aphasie paraparésie Troubles Sphinctoriens				Intervention.- Gros meningiome de la fosse temporale gauche A l'autopsie Deux petits méningiomes de la taille d'un pois à gauche de la crista-galli Méningiome juxta-médullaire niveau 7e th.	Mening. fobroblas. L'intra-cranien peu conjonctif le spinal plus conjonctif.	

CONCLUSIONS

- Ces méningiomes multiples sont ceux qui posent le problème thérapeutique le plus intéressant, en effet, il existe là un nombre limité de tumeurs bénignes sur lesquelles un acte chirurgical est possible. Méconnaitre une des lésions, c'est risquer soit une récidive, soit le décès du malade.

- Cliniquement, et par les méthodes d'investigations

- Lorsque les méningiomes multiples sont voisins, leur diagnostic est impossible, c'est une découverte opératoire et le risque est plutôt de méconnaître l'un des méningiomes.

- Lorsque les localisations des différents méningiomes sont éloignés les uns des autres au niveau des hémisphères, il est très difficile d'en faire la preuve par la seule clinique, ce n'est que lorsqu'un des méningiomes hémisphériques est associé à un méningiome soit de la Fosse postérieure, soit médullaire que la multiplicité des lésions peut être suspectée.

- Il n'en est pas moins vrai que c'est aux examens complémentaires donnant des signes directs de la tumeur qu'il appartient de faire le diagnostic.

- les méningiomes étant parfois calcifiés, la Radiographie standard peut les déceler.

- l'E.E.G. ne semble pas être ici, un élément déterminant.

- le Ventriculogramme par voie lombaire ou trépan ponction est d'interprétation difficile.

- l'Artériographie quand elle injecte les tumeurs prend évidemment une très grande valeur.

- Enfin, le Gammaencéphalogramme par injection de substances marquées sera peut-être dans un avenir proche la méthode de choix quant au diagnostic des tumeurs multiples.

- Sur le plan thérapeutique, deux conclusions peuvent se dégager de cette étude.

1°.- <u>le Méningiome avec satellite</u>

où les méningiomes côte à côte représentent une éventualité assez fréquente. Il est donc de bonne pratique chirurgicale lors de l'ablation d'un gros méningiome de rechercher systématiquement ce petit méningiome satellite.

2°.- Lorsque les localisations multiples ont été détectées, le protocole opératoire est bien difficile à établir, toutes les observations que nous avons pu analyser sont souvent des échecs, chaque cas pose un problème particulier, il est évident qu'il faut tout d'abord s'attaquer à la tumeur la plus immédiatement menaçante, mais que le traitement de l'autre localisation s'impose.

Enfin, un 3 è corollaire peut se déduire, lorsqu'on a opéré un méningiome et que les suites opératoires ne paraissent pas évoluer aussi favorablement que l'on pourrait s'attendre, il faut penser à l'existence d'une autre localisation.

MENINGIOMATOSE NODULAIRE

4 cas personnels
21 cas de la littérature

- Il est évident que la distinction entre les méningiomes multiples et la méningiomatose nodulaire basée sur le nombre et le volume des tumeurs est un peu artificielle, néanmoins, nous avons tenté d'isoler ces deux types, car nous nous plaçons sous l'angle neuro-chirurgical.

- Anatomiquement, nous avons vu que la méningiomatose nodulaire pouvait être régionale ou disséminée à toutes les méninges.

- régionale, elle peut entraîner la symptomatologie clinique d'une tumeur isolée, et c'est à l'intervention que l'on découvre, tantôt une tumeur dominante accompagnée d'une pléîade de petits méningiomes, dans d'autres cas au contraire, on découvre une méningiomatose régionale avec grosse tumeur dominante.

- il existe parfois plusieurs foyers de méningiomatose qui peuvent se traduire cliniquement par plusieurs foyers cliniques.

- enfin, dans la troisième éventualité, il existe un semis de méningiomes sur la dure-mère qui peut être accompagné çà et là d'une plus grosse tumeur et dont la traduction clinique peut être une hypertension intra-cranienne isolée ou accompagnée d'un ou de plusieurs foyers cliniques.

- Les examens paracliniques sur lesquels nous avons insisté du chapitre précédent ne permettent de déceler que certaines localisations, les plus volumineuses et c'est dans ces méningiomatoses nodulaires que l'on fait le plus souvent le diagnostic de méningiome multiple, ce n'est qu'à l'intervention ou à l'autopsie que l'on précise la variété de méningiomatose.

- Certes, parfois les examens découvrent une grosse localisation sur laquelle on peut intervenir chirurgicalement, mais les tableaux cliniques sont extrêmement trompeurs, car parfois, le méningiome le plus parlant cliniquement est celui qui, du fait de son siège, entraîne dans un tableau clinique d'hypertension intracranienne une localisation précise, alors que des tumeurs beaucoup plus volumineuses passent inaperçues quand elles sont situées dans des zones muettes.

Tableau 7

MENINGIOMATOSES NODULAIRES

REFERENCES Sexe-Age	PREMIERS SYMPTOMES	EXAMENS CLINIQUES et PARACLINIQUES	EXAMENS COMPLE-MENTAIRES	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHO-LOGIQUE	
VON ANFIMOW BLUMENAU 1880				pas de Reckling.	Quatre tumeurs de grande [illegible] Plusieurs petites	Méningiome	
BRISSAUD LEREBOULET 1903		Hemihypertrophie faciale	Hyperostose du vertex		Tumeurs disséminés du coté de l'hyperostose.- Tumeur en plaques en ar. de la région parasagittale	Meningiome du type psammone	
CASPERS 1927 F - agée		Autopsie			Tumeur de la taille d'1 noisette dans le lobe front. Dr. plus nombreuses similaires [illegible] le cerveau	Psamnone	
RUDOLF MACKENSIE 1909 F - 46	Céphalée depuis la puberté	Aphasie - parésie du membre sup. G.			2 grosses et nombr. petites tumeurs de la partie post. de l'hémisphère G.	Fibroendo-théliome	
CASPERS 1927 F - 52	Psychose Epilepsie depuis 2 ans	Autopsie			2 grosses tumeurs de la selle et du lobe [illegible] nombreuses petites tumeurs disséminés	Endothéliome	
CASPERS 1927 F - 72	démence depuis 5 ans	Autopsie			2 grosses tumeurs de la selle et de la base du lobe front. Nombreuses petite tumeurs disséminées Une tumeur du duodenum.	Endothéliome	
FLICK 1928 F - 54	Céphalées depuis 5 ans	Vertiges Stase papillaire			Tumeur front. G.(oeuf) Tumeur de la selle 27 petites tumeurs sur la base(taille d'un grain de mil)	Endothéliome	
DE MARTEL GUILLAUME 1930 H - 32		Crises B.J.brachiales G. Hémiparésie G. Troubles sensitifs			Tumeur de la région motrice Nombreuses tumeurs nodulaires de l'hémisphère droit	Méningiome	
ARLT 1936 F - 21	Hémiplégie puis Epilepsie	Coma Décédée			Autopsie : - Méningiome parasellaire - Méningiome de l'angle droit - Méningiomatose diffuse entourant moelle et base du cerveau - pas de continuité entre nodules et méningiomatose	Méningiome mésenchymateux	Méningiomatose + Méningiomes nodulaires
			tex		sur la faux(5x4x2,5)		

MENINGIOMATOSES DIFFUSES

- Elles sont caractérisées par la transformation néoplasique de la plus grande partie de la surface de la leptoméninge couvrant le cerveau et la moelle.

- Nous avons vu au chapitre de l'anatomo-pathologie, que GLOBUS émet l'hypothèse que dans certaines conditions les méninges couvrant le cerveau peuvent garder leur structure et leur arrangement embryologique primitif après la naissance.

- Pour Nicholson, Albrecht , Schwalbe , ces tumeurs auraient une structure organoïde représentant un effort pour reproduire l'un ou l'autre des couches méningées.

- L'extension ensurface de ces tumeurs diffuses est limitée à l'extension de la malformation originelle , il n'a pas été trouvé de centre de développement excentrique, ou de perforation à travers les méninges de la tumeur.

- L.M. Weinberger pense que ces méningiomatoses diffuses obéissent aux mêmes lois que les méningiomes multiples et que la distinction d'avec ceux-ci est plus quantitative que réelle.

- Nous ne ferons ici que reproduire l'article de L.M. Weinberger, n'ayant aucun cas personnel pour se faire une opinion sur la question

- et nous adopterons sa classification en

1.- TYPE LEPTOMENINGE DIFFUS

- cas d'Harbitz d'un enfant de 5 ans ½

- cas d'Arlt's , il est à remarquer ici l'association de méningiomes nodulaires (parasellaire , angle ponto-cérébelleux droit) et de méningiomatose diffuse, sans qu'il y ait continuité de l'un à l'autre, à noter aussi que le sujet est plus âgé (21 ans).

- cas Bailey d'un enfant de 3 ans.

2.- TYPE ARACHNOIDIEN DIFFUS

- cas Lichtenstein-Ettle:on d'un enfant

- 2 cas Casper, où l'on remarque encore l'association de gros méningiomes (selle) et de méningiomatoses diffuses où certains épaississements et des petits nodules en font pour Casper un cas limite entre méningiomes multiples et méningiomatose diffuse.

3.- TYPE PIAL DIFFUS

- cas de F.H. LEWY - Schaede - Berblinger - Me'ruy

Dans tous ces cas, on note le très jeune âge du sujet, si l'on excepte le cas d'Arlt , entre 3 ans et 8 ans , la gravité effroyable du pronostic , enfin l'intérêt anatomo-pathologique, ces cas ayant été considérés par certains comme des sarcomes sur la grande richesse cellulaire, mais où les auteurs se refusent à leur donner ce terme, car la tumeur est partout séparée du cerveau, il n'y a pas d'invasion du tissu noble, enfin leur association à des nodules méningiomateux semble bien les ranger dans le cadre des méningiomes.

Tableau 8

MENINGIOMATOSES DIFFUSES

REFERENCE Sexe-âge	PREMIERS SYMPTÔMES	EXAMEN CLINIQUE et PARACLINIQUE	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHOLOGIQUE	NOTES
VAN BOGAERT 1935 H- 21	Douleurs dans la jambe et la région périnéale. Céphalées.	Déficit gauche - Paraparésie des M.I. - Paresthésie périanale et incontinence. - Dysmétrie et stase papillaire bilatérale avec amaurose transitoire.			Intervention. Gaine gélatineuse entourant la moelle. - Autopsie. Gelée grise sur pied de F2 sylvius G - Pli coude D. Lobe cerebelleux partie inférieure D. - Angle pontin partie latérobulbaire du pont et du bulbe engaine le tronc, le chiasma et ma région trébérienne.	Structure homogène type méningo blastone lacunaire	Progressi on subaigu évoquant le diagnostic de sclérose en plaques
HARBITZ 1935 M - 5½	Ptosie Parésie crurale. Droits. Aphasie.	- Dysmétrie - L'ophtalmoplastie se complète en 5 mois. Décédé.			Plusieurs grandes incrustations jaunâtres sur la surface de l'hémisphère G. La plus grande sur la région sylvienne, en glaçage sur les lobes temporaux et pariétaux et l'insula. - S'aminoit vers la base et le pont séparée du cerveau. Tumeur d'épaisseur égale.	Leptoméningiomes diffus. (cellules jeunes).	
WEINBERGER 1940 F- 8½	Céphalées Vomissements 2 mois avant.	Hémiparésie droite Hypéresthésie frontale G. Douleurs dans l'oeil G. Oedème papillaire 6.D. Somnolence.	R° - Signes D' H.T.I.C	t	Intervention aire frontale couverte d'un fin glaçage huméral. Dure-mère non adhérent s'étend dans la scissure de sylvius et vers la base.	Méningiome n'envahit pas le cortex, pas trace de méninges (Cellules jeunes). (Mésenchymateuse).	
LICHTENStein ETTLETON 1937 Enfant	Strabisme Vomissements	Atrophie optique Signes méningés			Leptoméninges minces et blanches plus petits nodules sur le trajet des vaisseaux arachnoide tumoral	Mésothéliaux.	
BAILEY cité Weinberger 1929 H - 3	Céphalées	-Vomissements -Ataxie -Oedème papillaire bilatéral.			Autopsie ; méninges cérébrales et cérebelleuses minces et nuageuses.	Leptoméninge transformée en tumeur, par trace de Pie-arachnoide	
BAILEY BUCY 1931 F - 45	Fatigue douleurs de la nuque depuis 20 ans.	Parésie droite Diplopie - Vomissements COMA - Décédé.			Leptoméninges partout transformée en tumeur diffuse avec extension aux sillons.	Méningiome appelé " Sarcomateux "	

MENINGIOMES MULTIPLES
et
MALADIE de RECKLINGHAUSEN

- Il est d'observation fréquente de remarquer l'existence de signes cutanés de maladie de Recklinghausen , pigmentation ou nodules dans nombre de cas de méningiomes multiples , nous avons du les éliminer de notre étude obéissant en celà à la définition de M. Cushing

- qu'il nous soit permis néanmoins de les rapporter en un tableau.

- Nous remarquons que dans tous les cas, il existait une tumeur neurinomateuse de l'angle ponto-cérébelleux , sauf dans le cas de
- David - Thiebault de méningiomes multiples médullaires.

- Il est classique aussi de remarquer l'existence de tumeurs gliales associées gliome - astrocytone (Penfield - Young) fibrogliomes.

MENINGIOMES MULTIPLES

AVEC RECKLINGHAUSEN

REFERENCE Sexe-Age	PREMIERS SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE et PARACLINIQUE	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHOLOGIQUE	NOTES
LA PITIE 1942 DUC... E H - 22	Surdité depuis 1 an Amblyopie depuis 1 m.	Céphalée - vomissements - dysmétrie talon,genou des 2 cotés nystagmus bilatéral. Stase papillaire avec atrophie optique. inexcitabilité labyr. bilat.	R°disjonc. des sutures empreintes digitiforme. V°Dilatat. ventriculaire		Méningomatose nodul. Tumeurs d'angle Reckling. cutané		
CHAVANY DAVID THIEBAULT 1936 F - 73	Impotence fonct. des membres inf. depuis 1 an Douleurs thoraciques hautes dep. quelques années.	Gène à la marche par faiblesse d' abord de la jambe dr.puis de la G.qui devient plus marquée paraplegie avec contraction plus nette à G. - Babinski bilat. réflexes de défense. Trouble de la sensibilité + nets à Dr.— D_{10} pour tact piqure— D_4 pour chaud,froid;hyper ësthésie en D_3 Récuper. en 25 j.	P.L. Blocage complet sans dissoc. Lipiodol arret franc à la limite inf.de D_2 petit accrochage sus jac. limite inf.et G de D_3	pigmentat. sur tronc et racine des cuisses larges placards achromiques s'étendent dep.5/6 ans quelques Tum.s/cutan. Reckling.	Interv. Tumeur taille 1 petite cerise au niveau racine D_3 1 autre(vol.d'un pois) adhérente à la racine post. G. de D_4	méning. d'aspect lobulé en bulbe d'oignon avec nbx calcosphérites	
LUYENDUK 1954 F - 43	céphalées un an avant	Surdité Dr. nystagmus et synd. vest. Dr. Romberg : chute à D. dysmétrie à Dr. paresthésies Dr. et hyperesthésie dans territoire du V à Dr.	R° RàS EEG V° dilat. ventricul. ombre pédiculée dans ventric. later. Dr aqueduc et IV vent. non infectés	petite tum. de la fosse sus clav. gauche neurofibrome	1.- Meningiome d'1cm. sur coté dr. du foramen magnum. Tum.de l'angle 4x5cm sur sinus pétreux superficiel 2.- 3 mois après 4 tum. disséminés à face int. de la duremère pariéto-occipit. Tum. du ventr.later. droit. autre Tum sur le sinus long superf. Autopsie autres Tum. sur tente,faux, convexitée.	Mening. fibroblast.	+ Reckling.
PENFIELD & YOUNG 1930 F - 21		Autopsie			Meningiomes multiples +Ependynome médul. + Astrocytome médul. + fibromatose des nerf craniens et rachid.		Associé à maladie de Rekling.
ALAJOUANINE P.DUTAILLIS 1934					Méningomes multiples Fibrogliome du VIII Fibrogliomes radic.		Associé à Reckling.

MENINGIOMES ASSOCIES à d' AUTRES TUMEURS

EN DEHORS DU CADRE DE LA MALADIE DE RECKLINGHAUSEN

- Cuttmann dans sa statistique de 49 cas de méningiomes avait individualisé 19 cas oomportant d'autres tumeurs de l'économie, soit 10 myomes utérins , 2 polypes utérins , 5 kystes de l'ovaire , 2 carcinomes mammaires.

- l'association méningiomes-neurinomes paraît assez fréquente en dehors de la maladie de Recklinghausen. Nous en rapportons un cas personnel (où il existait un méningiome parasagittal gauche et deux neurinomes des angles paréto-cérébelleux droit et gauche) , et deux cas de L. DAVIDOFF et J. Martin où l'association neurinomes - méningiomes était héréditaire.

- Mais il est classique de rencontrer ainsi des associations méningiomes-tumeurs gliales sans maladie de Recklinghausen.

- Enfin, pour illustrer la difficulté du diagnostic des méningiomes multiples en fonction de ces associations tumorales, nous rapportons un cas personnel où un méningiome de la faux était associé à des métastases multiples d'origine pulmonaire.

1956

LEMPEREUR Jules 59 ans.

ANTECEDENTS

- à 17 ans AMYOTROPHIE de type ARAN-DUCHENNE d'apparition assez rapide
- 1955 : accident " syncopal "
- il y a 6 mois : 2 crises convulsives sans P. de C. à la suite desquelles sont apparus les troubles actuels.

EXAMENS

- HEMIPARESIE DROITE depuis trois semaines
- APHASIE type WERNICKE avec intoxication par le mot. Pas de gros troubles arthriques..

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- E.E.G. Anomalies diffuses avec maximum au niveau du PLI-COURBE GAUCHE
- A. Image de tumeur PARASAGITTALE et CORONALE Dilatation ventriculaire
- F.O. Oedème papillaire bilatéral avec quelques hémorragies à D.

INTERVENTION

24 Février 1956 Dr. B. PERTUISET

- MENINGIOME CORONAL PARASAGITTAL GAUCHE
- ce qui frappe est l'aspect normal du cortex de l'absence d'oedème cérébral, ce qui cadre mal avec la détérioration rapide des 48 dernières heures.

SUITES

- 25 Février 1956. D.C.D. en pleine nuit d'arrêt respiratoire brutal..

AUTOPSIE

Gros engagement de la circonvolution péricalleuse et petit engagement de l'uncus à gauche.

Lobes frontaux comme repoussés et imprimés dans les lobes temporaux

Enorme oedème de toute la substance blanche qui explique l'engagement.

Dans la fosse postérieure DEUX TUMEURS dans les angles PONTO-CEREBELLEUX DROIT et GAUCHE. Plus développées à D.

Amygdales cerebelleuses légèrement engagées.

HISTOLOGIE

Dr. MESSIMY.

- MENINGIOME disposé en cellules CONCENTRIQUES. Fibrose modérée développée à partir des vaisseaux, séparée de la tumeur par une arachnoïde épaissie très vasculaire, un fragment cortical peu modifié.

ASSOCIATION d' un MENINGIOME

et de METASTASES

TRA. J. Homme de 61 ans.
La Pitié 1953.

- Entre à la clinique neuro-chirurgicale de la Pitié le 25 Septembre 1953 pour un état comateux sans signe de localisation - Léxanien du fond d'oeil , montre l'existence d'oedème et d'hémorragie à gauche.

- la Ventriculographie révéla la présence d'une tumeur postérieure et interne à gauche , calcifiée en partie

- et l'intervention découvrit un méningiome de la faux en regard de la région pariéto-occipitale gauche,

- L'autopsie découvrit en outre plusieurs noyaux métartatiques dans la région pariétale droite , que l'histologie préoi- sa en montrant leur origine pulmonaire.

RECIDIVES

LES RECIDIVES

- Nous n'entendons ici comme récidives que les cas chez lesquels plusieurs mois ou plusieurs années après une intervention pour méningiome , la reprise d'une symptomatologie identique ou différente a fait suspecter le développement d'une nouvelle tumeur, alors que la première intervention avait comporté une exérèse complète.

- Nous insistons particulièrement sur ce problème, car celà nous est apparu comme une éventualité assez fréquente , qui, jusqu'alors, n'avait pas été étudiée dans la littérature et n'avait pas fait l'objet d'un rapprochement avec les méningiomes multiples.

- Nous rapportons sept cas personnels et sept cas de la littérature.

- Parmi ces cas, nous distinguerons :

1.- Les récidives uniques

2.- les récidives multiples régionales

3.- les récidives à distance, si toutefois on peut leur donner le nom de récidive.

I.- LES RECIDIVES UNIQUES 6 CAS

2 observations personnelles

- cas FAV...
- cas JOF...

4 observations de la littérature

- cas Heuer-Dandy 1916
- cas Woltman Love 1935
- cas Petit Dutaillis-Ectors 1936
- cas Carcin Guillaume 1949

.- Date d'apparition

- Dans nos observations : 1°.- 8 ans
  2°.- 3 ans - 5 ans

- Parmi les observations de la littérature :

  1°.- 1 an
  2°.- 4 ans
  3°.- 6 ans

Donc leur apparition est ici dans les cas extrêmes de 1 an à 8 ans

.- Signes cliniques ayant fait penser à une récidive

- Dans notre cas FAV... c'est l'accentuation des crises comitiales, puis d'une hémiplégie avec un syndrome d'hypertension intra-cranienne qui ont fait suspecter une récidive confirmée par artériographie et ventriculographie.

- Dans le cas JOF... au contraire, alors que dans les suites de la première intervention le malade allait parfaitement bien, c'est l'apparition de nouvelles crises comitiales qui annonça la récidive, alors que dans les suites de la première intervention, le malade allait parfaitement bien, c'est l'apparition de nouvelles crises comitiales qui annonça la récidive, alors que les signes cliniques étaient frustes : quelques paresthésies ; et c'est le gammaencéphalogramme qui la confirma.

- Mais parmi les autres cas que nous avons trouvé dans la littérature, si l'on excepte le cas de Woltman et Love où il est bien difficile de dire s'il s'agissait d'une méningiome multiple ou d'une propagation dans la fosse temporale et la fosse postérieure d'un méningiome du rocher, les difficultés du diagnostic clinique de ces récidives sont liées à la

persistance d'un déficit neurologique post-opératoire, et c'est au fond le syndrome d'hypertension intracranienne qui en évoque l'existence.

- Néanmoins, la reprise de crises comitiales, l'accentuation d'un déficit neurologique chez un malade opéré antérieurement d'un méningiome doit faire suspecter une récidive.

- Les examens complémentaires ventriculographie, artériographie, sont souvent d'interprétation difficile, à moins que la récidive ne soit énorme, et il est certain que le gammaencéphalogramme trouve ici une de ses plus belles indications en montrant des signes de récidive avant l'hypertension intracranienne comme notre cas JOF...

II.- <u>LES RECIDIVES MULTIPLES REGIONALES</u> 7 CAS

dont 5 cas personnels cas ADA... R
cas BEA... P
cas COR... F
cas MAR... J
cas GR ... O

et 2 cas dans la littérature :
les 2 cas Cushing - Eisenhard 1938.

- l'aspect de ces récidives multinodulaires s'observe dans tous nos cas dès la 2 è intervention.

- Dans ces 7 observations, la méningiomatose régionale siégeait au niveau de la voute cas ADA

- dans le ventricule cas COR... F

- dans la fosse temporale 1er cas de Cushing

- dans la vallée sylvienne 2 è cas de Cushing le long de la faux
cas BEA... P - MAR... J et GR... O.

- Du point de vue clinique, cette méningiomatose nodulaire localisée fut le plus souvent une découverte opératoire devant une symptomatologie de récidive.

- Dans un cas de Cushing, c'est sur les radiographies du crâne que des ombres calcifiées témoignent de l'existence de plusieurs processus tumoraux.

- l'anatomopathologie de ces récidives localisées multiples montrent-elles une différenciation histologique de ces tumeurs ?

- Pour notre part, nous avons observé de façon constante que ces tumeurs présentaient une haute densité cellulaire.

III.- RECIDIVES MULTIPLES A DISTANCE

Cas exceptionnel celui de RASKIN 1950 avec 22 ans d'évolution, il est bien difficile de se faire une opinion

CONCLUSIONS

- Les récidives de méningiomes posent essentiellement le problème de leur parenté étroite avec les méningiomes multiples.

- La récidive unique localisée au voisinage de la première tumeur peut être considérée comme le développement d'un méningiome satellite, et Cushing conseillait déjà, lors de l'ablation d'un méningiome, d'enlever une colerette de dure-mère autour de celui-ci.

- Les récidives nodulaires régionales pourraient faire penser à un essaimage car il est certain que dans de nombreux cas, les méningiomes constatés 1 ou 2 ans après ne pouvaient passer inaperçus.

- En outre, il est à remarquer qu'ils ont en commun une haute activité cellulaire.

Tableau 9

RECIDIVES

REFERENCES Sexe-Age	PREMIERS SYMPTOMES	EXAMEN CLINIQUE et PARACLINIQUE	EXAMENS COMPLEMENTAIRES	EXAMEN GENERAL	INTERVENTION AUTOPSIE LOCALISATION	ANATOMIE PATHOLOGIQUE	NOTES
LA PITIE 1930 1952 ADA... R. H - 42	Crises comitiales en 1928 Douleurs du nez et de l'angle int. de l'orbite g. depuis 10 ans	1930 : Céphalées troubles amnésique et du caractère Paralysie faciale D. Tremblement des membres à D. Stase papillaire. Euphorie, indifférence, paraphasie. Suites : crise comitiales 1952 : parésie du bras D., parésie linguale depuis un an, parésie crurale D. hypoesthésie D. Décédé	V°:amputation de la corne frontale G. E.E.G.: normal A°:normal R°:exostose frontal		1é Intervention 1930 gros méningiome frontal gauche. 2e Intervention 1952 Envahissement osseux frontal et série de petites tumeurs sur la table ext.allant de la fosse temporale au cortex et d'av.en arr.du frontal à la partie post. du pariétal. Décédé Tumeur de 8x4 de la faux.	Méningiome typique	
LA PITIE 1930 BEA... P. F - 18	1925 Céphalées frontales 1930 amenorrhée tuméfaction pariéto-temporale gauche	1930 : baisse de l'acuité visuelle et hemianopsie sup. Les céphalées ont disparues Troubles sensibilité profonde aux orteils G. achilleen G. vifs 1933 : en un mois la tuméfaction fronto-temporale G. grossit (volume d'une tête d'enfant) Céphalées Déficit marche avec VII G.control contact et roue dentée au M.S.G. Atrophie optique	R°: aspect vermoulu des os du crane	Malform. bilat. des deux auriculaires Aspect général de grande enfant	1e Intervention 1930 tumeur frontal G. d'aspect xanthomateux 2e Intervention 1931 à G. enorme masse vers la faux et gros noyaux indurés infiltrant la faux 3e Intervention 1933 récidive de 650 g Décédé		
LA PITIE FAV.. P. H - 37 M.M.	céphalées vomissements	signes méningés Paralysie faciale D. Hyperesthésie crur. et du coté D. de l'abdomen jusqu'au retord costal. Gène à la miction Grosse stase papillaire. Va bien mais crises B.J. brachiales Dr. 8 ans après: Crises B.J. brachiales Dr. Hémiplégie dr. Synd. de Parinaud stase papillaire	R°:Hypervascul. diploïque dans la région prémotrice évoquant 1 méning. V°:ventr. G.aplati refoulem. de la corne portale droite A° et V° Tumeur parasagittale pariétale		1e Intervention Méningome de la faux enlevé en totalité. 2e Intervention 8 ans après : volumineux méning. parasagittal g. sur la faux, envahissant le sinus et passant de l'autre coté. Petit méningome (noix) du bord inf. de la faux	Méning. lamellaire avec formation en bulbe d'oignon	Récidives multiples service

CONCLUSIONS

- Les Méningiomes Multiples se présentent comme des lésions rares. Sur les 684 cas de Méningiomes intra-craniens ou spinaux de la Clinique Neuro-Chirurgicale de la Pitié, nous n'avons trouvé que 17 cas. Nous faisons état également de 62 cas de la littérature.

- L'analyse de ces cas nous a conduit à diviser leur étude en plusieurs chapitres :

1°.- Méningiomes Multiples , suivant la définition de H. Cushing : Méningiomes peu nombreux, individualisés anatomiquement, et sans maladie de Recklinghausen associée.

- Nous avons remarqué qu'il s'agit très souvent de 2 méningiomes, soit de volume égal, soit formés par un gros méningiome, et un petit méningiome satellite à proximité.

2°.- Méningiomatose Nodulaire. Où les méningiomes sont plus nombreux, de taille très inégale, allant du gros méningiome au micronodule de la taille d'un grain de mil.

- Nous avons observé qu'elle se présentait très souvent sous une forme régionale ou focale.

3°.- Méningiomatoses Diffuses. Où la méninge est transformée par plaques ou en totalité en tumeur et qui nous apparait comme une limite du sujet.

4°.- Les Récidives. Uniques ou Multiples , que nous introduisons dans cette étude , considérant que nombre de récidives ne sont que l'apparition secondaire d'un second ou de plusieurs méningiomes au contact de la loge tumorale initiale. Nous en rapprochons les cas du petit méningiome satallite.

- Du point de vue Clinique, le problème du diagnostic de ces méningiomes multiples est très difficile et parfois même impossible.

- Les manifestations cliniques ne permettent pas le plus souvent de mettre en évidence plusieurs foyers tumoraux ; lorsque ceux-ci sont rapprochés, ce qui nous est apparu comme le cas le plus fréquent : soit méningiome double, soit méningiomatose focale.

- Ou bien, lorsqu'un syndrome neurologique s'accompagne d'une hypertension intracranienne , il est bien difficile, s'il existe un signe discordant, de dire si celui-ci est dû à un autre foyer ou à cette hypertension intracranienne.

- Néanmoins, lorsque les localisations sont assez éloignées, comme par exemple : loge antérieure-fosse postérieure ; hémisphères cérébraux-canal médullaire. Nous avons vu que les symptômes étaient assez distincts pour évoquer plusieurs foyers.

- Nous avons vu également qu'il n'y a pas proportionalité entre le volume du méningiome et l'intensité des symptômes, et que ce n'est pas toujours le méningiome le plus volumineux qui est le plus parlant.

- Il faut bien reconnaître cependant, que ce diagnostic appartient aux examens complémentaires qui donnent des signes directs des lésions.

- L'E.E.G. n'a ici que peu d'intérêt. La radiographie qui montre parfois des calcifications multiples. La ventriculographie qui ne semble pas avoir été toujours déterminante. L'artériographie , quand elle nous montre plusieurs foyers.

Enfin , la Gammaencéphalographie , montrant l'hyperactivité caractéristique des Méningiomes en plusieurs foyers.

Bien souvent , le diagnostic de la multiplicité des tumeurs n'est pas soulevé.

- Ou bien , on pense alors à des métastases ; à moins que l'évolution ou un signe direct n'entraîne la certitude qu'il s'agit bien d'un ou de plusieurs méningiomes.

- Mais le problème est très difficile , car nous avons vu que ces mêmes méningiomes pouvaient être associés à d'autres tumeurs, en particulier à des métastases multiples.

- Nous insistons ici particulièrement sur les Récidives , en posant le problème de leur existence , car il est certain que nombre de cas apparaissent davantage comme de nouveaux méningiomes , dont le développement survient, il est vrai, à la périphérie de l'ancien foyer tumoral. Cliniquement, c'est l'aspect d'une récidive ; ce n'est qu'à l'intervention ou à l'examen anatomique que l'on peut différencier ces tumeurs.

- Enfin, l'ensemble de cette étude nous a paru assombrir encore le pronostic réputé bénin des Méningiomes.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'ACADEMIE de PARIS :

J. S A R R A I L H

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE de PARIS :

L. B I N E T

Le PRESIDENT de la THESE :

D. PETIT-DUTAILLIS

B I B L I O G R A P H I E

ALAJOUANINE, PETIT-DUTAILLIS, I. BERTRAND et P. SCHMITTE

Association, chez une même malade, de méningiemes multiples du cerveau, de fibroglione de l'acoustique et de fibrogliomes radiculaires.

Rev. Neurol. Vol. 41, p.639, Nov. 1934

ALEXANDER W.S.

Multiple primary intracranial tumors, meningiomas associated with glioma case.

J. Neuropath. and Exper. Neurol. 7. 81-88, Janv.1948

AOYAGI F. et KYUNO K.

Ueber die endothelialen Zellzaffen der dura mater cerebie und ibre localization in der selben vebst ihrer bezielung fur gerohmelbstbildung in der dura mater

Neurol. TOKIO, 11 - 1 - 12 - 1912

ARIETI S.

Multiple meningioma and meningioma assoc. with other brain tumors.

J. Neuropath. and experim. neurol. 3 - 255 - 270 - July 1944

ARLT H.G.

Multiole meningioma of brain and diffuse meningiomatosis of spinal cord.

Ztschr f. d. ges. Neurol. u. Psych. 156, 713 - 734 - 1936

ARMITAGE T.F.N.

Multiple Meningionata

Bull. VANCOUVER M.A. 16 71 - 73 1939

BAILEY P. — Intracranial tumors

Springfield, BALTIMORE 1933

BAILEY P. — Arch. of surgery 18 - 1359 - 1929

BAILEY P. et BUCY — American Journal of Cancer

15 - 15 - 1931

BARDECI C.A. - CHRISTENSEN J.C.

Meningiomas multiples de evolucion maligna

Prensa Medica Argentina BUENOS AIRES
487 - 490, 1954

BENHAMOU E., J. MONTPELLIER et E. COHEN SOLAL

Coexistence de deux néoplasmes ovariens et de méningiome

ALGERIE Médicale, 43, 321 - 22 Juin 1939

BOYD W. — Diffuse tumors of the meninges

Ama. J. of Path. BOSTON 1925, 583 - 593

BRISSAUD - LEREBOULLET

Revue Neurologique, 11 - 1903

BROWN M.H. et J.N. KERROHAN

Diffuse meningiomatosis

Arch. Path. 32 - 651 - 658 - Oct. 1941

CARILLO R., R.F. MATERA, T. INSANSTI

Multiple meningiomas

Arch. Neurocia, BUENOS AIRES, 3, 107-128,1946

CASPER J. — Pathology of multiple diffuse endothelionata

Deutsche Ztschr. f. nervenh. 96-85-111 1927

CERVINO J.M. - ROCCA F. BERTOLINI

Meningioma multiple y en capa con neurona del punto de erb.

An. Fac. Med. de MONTIVEDEO, 20, 151, 1935

CHRISTOPHE-GUILLAUMAT

Tumeur intra-oculaire para-papillaire et méningiome intra-crânien para-sagittal

Bull. Soc. Ophtalm. France, N°7,Juillet 1956, pp. 617-619

COHEN I. Multiple calcified intraventricular meningioma Case

J[l] M[t] Sinaï Hosp. 7 - 329-333 Janv. 1941

CONNOR-CUSHING Tumeurs diffuses des méninges

Ann. of Path.and Lab. Med III 27

CUSHING H. The Meningiomas

Brain, 1922.

CUSHING H. EISENHARD L.

Meningiomas Springfield ill. 1938

COURVILLE

Multiple primary tumors

Am. J. of Cancer 1936 - 703-731

DANDY W.E. - LEWWIS D.

Practice of surgery

Hagerstown Md W.F. Prior Comp. Inc.Vol.12 p.520 - 1940

DAVIDOFF L.M. - MARTIN J.

Hereditary combined neuronas and meningionas

Jl of Neurosurgery 375-384 - 1955

DEAN H. - ECHOLS M.D.

Multiple meningiomas - removal of 10 intracranial tumors from a patient

Arch. Hemol. and psychiat. Sept.1941

ECTORS L. Meningiomes formes anormales

Fac. Med. PARIS 113.200 Vol.2

ECTORS L. Meningiomes multiples - Evolution - 1 cas

Fac. Med. PARIS 113.200 Vol.39 N° 1949

EGOZ - MORIZ

Diagnostic des tumeurs cérébrales par l'artériographie 1931

ELSBERG C.A.

Bull. Neurol. Inst. N.Y. 1. 1931

ERRICO, 1938

FENYES G. KEPES J.

Uher dal gemelusame Vorkommen von Meningeonen und geschwishten andirer typo im gehirns (Concomitant Meningioma and other types of brain tumors

Zbl Neurochir. 16 (5) 1956

FRAZIER et ALPERS

Meningeal Fibroblastomes of the cerebrum

Bioch. Neurol. and Psych. 29 935 989 May 1934

FLICK 1928

GARCIA R., J. GUILLAUME, J. LAPRESLE, F. COTE

Meningiome multiple développé en 20 anssous forme d'af - faiblissement mental progressif.Cas.

Rev. Neurol. 81 - 896-897 Oct.1949

GARDNER W.J. Tumors associated with bilateral acoustic tumors Case

Arch. Neurol. and Psyc.24 1014-1022, Nov.1930

GARDNER W.J. et O.A.TURNER

Multiple intracranial tumors. Discussion of relation of meningeal to acoustic tumors and report of case.

J.A.M.A. 113 - 111-113 - July 1939

GOINARD - DESCUM, GARIE

Meningiome du trou occipital associé avec une maladie de Recklinghausen cas

Revue Neurologique 82 - 384-385 Mai 1950

GREENFIELD Brain 42 - 1919

GREENWOOD J.J. Mac GUIRE T.M.

Multiple primary neoplames of the central nervous system. Report of a case of spinal ependymoma and an intracranial meningioma Interval of fourteen years p.462-5

J. Neurosurgery 14 (4) July 1957

HAFSTRÖM T. - LUNDBERG K.

Multiple calcified meningioneas of unusually long dura duration 1 Cas.

Acta psychiat. senso. scandin. 29.2.1954 p.173.9.

HARBITZ H.F. Case of multiple meningiomas combined with diffuse meningiomatosis with remarks on some combination of multiple tumors

Acta Path. and microbiol. Scandin. 12. 24.37.1935

HAYTHORN S.R., W.SHAPERA , H.STEWART

Diffuse meningeal fibroblastoma of the brain and spinal cord. 3 Cas.

Archives of Pathology, 39, 287-293, Mai 1945

HENSCHEN 1910

HENER G.J. et DANDY W.E.

A report of twenty cases of brain tumor

Bull. John HOPKINS Hosp.27,220-237,Aug. 1916

HORRAX G. Meningiomas of the brain

Arch. Neurol. and Pschiat.
V.41 p.140-157, Janv.1939

HOSOI K. Meningiomas with special reference to multiple intracranial type

Amer. J. Path. 6 . 245-260 May 1930

HOULTON T.L. Report of a case of multiple sarcoma of the brain

Nehalka M.J. NORFOLK. Neb. 1926 XI - 169-174

HUEBSCHMANN Ueber einige seltene Hirntumoren (Multiple an - gioma epithelialer tumor.)

Deutsche Ztschr. f. Newenh. Leipz. 1921 IXXII - 205-225

HUPSON J.A. DAVIDOFF L.M. Multiple Meningiomas

J. Neuro-Surgery L.45 - 47 Janv. 1944

ILSLEY M.L. et E.M.HALL

Association of bilateral acoustic neuroma and frontal meningioma.Case.

Bull. LOS ANGELES Neurol. Soc. 5 164-170
Sept.1940

Ivan BERTRAND, J. GUILLAUME et DON OLTREANU

Etude histologique de 130 méningiomes

Rev. Neurol. p.81.100 Tome 80 N°2 Fév. 1948

KERNOHAN J.W. Tumors of the spinal cord.

Arch. Path. 1941

KRIVY M. Revue Neurologique 1926

KROLL F. Zwei seltere lolcalisationen von Hämangiomen
Med. Klin. BERLIN 1922 XVIII 564-566

LARTON C.P. F.K.STROUD
Multiple meningiomas with sarcomatous transitions in one nodule
Arch. Path. 28 861 - 864 Déc. 1939

LEARMONTH J.R. Leptomeningiomas (endotheliomas) of spinal cord.
Brit.J. Surgery 14 397 - 471 Janv. 1927

LEWY Virchows Arch. . Pathol. anat.

LICHTENSTEIN B.W. ETTLETON
Cas Arch. Path. 24 - 497 1937

LIST C.F. Multiple meningiome der sehadelbasis
Newenartz 6 566 - 574 1933

LUYENDIJK W. Multiple meningiomas and meningiomatosis
Acta neurochirurgica WIEN 263.74.1954

DE MARTEL - GUILLAUME
Tumeurs cérébrales 1931

VITTNER K. SCHIEFFER
Multiple meningeome in spinalkanal
Zentral blatt für neurochirurgie LEIPZIG 1955
99 - 103

OBERLING Les tumeurs méningées
Bull. Ass. Franç. pour l'étude du cancer Juin 1922

OLIVECRONA (Von) Meningiomes para-sagittaux
Zhieme LEIPZIG 1934

OWEN (L.J.)

Multiple maliquant neoplasme

J. An. M. Ass. CHICAGO 1921 LXXVI - 1329-1333

PACIFICO A.

Association of multiple meningiomas and internal hemorragie pachymeniagite histogenesis Case

Rev. di pat. nerv 50 299 - 325 Sept. 1937

PARKINSON D. - ROSS H., TANASICHUTE M.D.

Multiple intracranial meningiomas case report of two separate meningionas removed through separate craniotomies at one operation.

Am.J. of surgery 93 (5) May 1957 903-6

PENFIELD YOUNG

Arch. Neurol. and Psych. 1930

PETIT-DUTAILLIS D. et ECTORS

Formes anormales de méningiomes, tumeurs multiples récidivantes et infiltrantes. Cas.

Presse Médicale Vol.44 p.486-490 Mars 1936

PERERRO-PITTOTI

Multiple meningiomas of spinal leptomeninges histogenese

Riv. di. pat. nerv. 45, 137 - 153 - J.1935

PUHR L. Multiplicity of tumors

Ztschr. f. Kreb. forsch. 24 - 38 - 62 - 1927

PUIG R. Contribution à l'étude anatomique et clinique des tumeurs méningées crâniennes

Thèse LYON 1927

PUUSEPP 1936

PICAZA J.D. et G.S. BAKER

Multiple meningiomas report of case and surgical considerations

Proceed Staff. Mayo Clin. 23, 54-56 Janv. 1948

QUINLAUD W.S.

Multiple tumors (Meningiomeas, neurofibroma) of different types in some individual case

J.Nat. M.A. 42 - 14-20 Jan. 1950

RAAF J.E., CRAIG W.Mc

Multiple meningiomas case in which 3 intracranial meningiomas were successfully removed

Arch. Surgery V.31 601-606 Oct.1935

RASKIN W.

Case of multiple meningiomas las Chapter of eventful life history

J. Nerv..and mental dis. III 510-518 June 1950

ROGER et CREMIEUX

Les tumeurs cérébrales multiples

Annales de Médecine T.26 Juin 1929

ROGER H., ROULACROIX et CREMIEUX D.

Tumors cases with multiple localizations

Marseille-Méd. 2 - 641 - 660 - Nov. 1930

RUDOLF-MACKENSIE

An.J. Med. Soc. 1909

RUSSEL

Post. Grad. M.J. May 1939

RUTKOWSKY D.K.

Diagnostic of multiple tumors

J. Nevropath. and psychiat.N°4 - 23 - 91-97 1930

SAVY

Lyon-Médic. 1927

SCHÖPE M.

Problem of multiple meningiomas and metastases of meningiomas

Arch. Psychiat. 633-640 1951

SCHMIDT M.P.

Virchows Arch.

J. Path. Anat. 1902

SLOJANO C. SAENZ A.

Les localizaciones multiples del cancer
Asociaciones neoplasicas

An. Fac. de Med. MONTEVIDEO
VIII - 824-329 1922-1923

TALLARIGO-CACUDI

Multiple intracranial meningioma associated with neuromas of Ponto-cerebellar angles

Gior. clin. medic. 36 943-969 Juil. 1955

TATTER D. IVES E.

Multiple intracranial meningioma 1 cas

Bul. LOS ANGELES Neurological Society
145 - 8 Sept. 1955

WILEIN - GATES - FISCHER

Meningiomatose Case

J. Neurosurgery 6 81 - 89 Janv. 1949

UPRUS

Meningioma multiplex ceebri

Folia Neuropathol. estoriano T.12 1932

VAN BOGAERT - P.MARTIN

Meningiomatose diffuse cérébro-spinale à évolution subaigüe

J. Belge de neurol. et de Psych. 1935 758-76

VESTERGAAD E. Multiple intracranial meningioma 1944
Acta psychiatriatrica and neurologica 389-411

VON ANFIMOW Ein Fall multipler geschwulste in der schadel höle
neurol. central bl. 8 484 Oct. 1889

VON der HÜTTEN Beihag zur diagnose von hypothysantumoren
Ztschr f. Laryng. Rhin. stol. 24 95. 1933

WEINBERGER L.M. Diffuse meningiomatoses
Am. J. of Cancer 38 1 - 22 Jan. 1940

H.W. WOLFMANN - LOWE
Multiple intracranial meningioma with extension to external canal auditory successfullremoval case.
Proceed. Staff. Meet. Mayo Clin. 1935

WORSTER - DROUGHT - C. DICKSON M.C. MENEMEY
A multiple meningeal and perineural tumor with analogous changes in the glia and ependyma (neurofibromatosis) Brain 69 85 Mars 1937

WINTERNITZ A. GOLBERGER M. & L. HASS
Bilateral meningioma of olfactory groove
Nervenartz J. 393 - 407 - 1932

YASARGIL G. Association meningiome du clivus, neurinome de l'acoustique
Acta neurochirurgica 1957

LAPRESLE, NETSKY, ZIMMERMAN
American J. Pathology 28 757-791 Oct.1952